

BEBE EN RIESGO¹

“Mamá, no nos vemos”

Pascual Palau Subiela.

“Quoi qu’il en soit la psychosomatique évoque l’autodestruction effective et c’est la une raison qui ne peut ne pas troubler l’observateur jusque dans ses couches les plus profondes (.....). Elle admet la possibilité de suppression de l’objet par le sujet, les deux personnages restant invraisemblablement unis”.

Pierre Marty²

Cristina es un bebé de 12 meses que, en el momento de iniciar mi intervención, se encuentra hospitalizada en el departamento de pediatría en el que ha sido, a menudo, reingresada con un cuadro grave del que destaca la desnutrición y la progresiva e imparable pérdida de peso, con detención del desarrollo estatura-ponderal, a pesar de los esfuerzos de un departamento muy entregado.

Anamnesis:

Nacimiento: parto con cesárea; nace con desnutrición intrauterina y con un peso de 2,5 kg, que se quedan en 2,3 kg al salir de la clínica. A pesar del bajo peso, su aspecto general es bueno.

Alimentación: se coge “regular” al pecho. La madre apenas tiene secreción y no muestra mucho interés en la alimentación del bebé.

A los 3 días se decide alimentarla con biberón ante la pérdida de peso.

Ésta relación de lactancia, se interrumpe a los 11 días, por un accidente en automóvil de la madre.

Hospitalizaciones: Cuando tiene 5 meses se produce su primera hospitalización a raíz de un proceso diarreico de 3 ó 4 días, producido por una gastroenteritis. La niña está desnutrida, el peso va en descenso y se observa un retraso en el crecimiento.

En aquel momento se describe a la niña claramente triste, llorando, decaída. Sus padres la tienen en brazos pero no la estimulan. No come, ni bebe casi.

La pediatra me comenta: “*Los padres llegan sulfurados, quejándose de que no se les atiende bien, como si todos lo estuviéramos haciendo mal*”.

¹ Artículo, publicado en la Revista Iberoamericana de Psicología de SEPIA en 2000. BI-2607-01 (Bilbao, España).

² Marty Pierre, *Les difficultés narcissiques de l’observateur devant le problème psychosomatique*. Revue française de psychosomatique, nº4, 1993.

Varios días después del ingreso se la ve algo más contenta y chapurrea. Una semana después ya sonríe y come mejor. Gana peso desde el primer día.

Al salir va perdiendo peso progresivamente en pocos días. Una semana después reingresa con 300 gr menos.

A los 6 meses reingresa con un cuadro de viriosis con petequias en la espalda y síntomas de desnutrición.

A los 10 meses reingresa con un cuadro de progresiva pérdida de peso así como vómitos y regurgitaciones que se producen cuando la madre dice que la fuerza. Se observa una hipoactividad, se la ve decaída, se asusta del personal y es evidente una clara falta de vitalidad. Sorprende el estado de desnutrición.

Las observaciones han sido de que la comida que se le suministra en el hospital es suficiente para engordar pero no engorda.

Una pediatra señala: *“La madre la traía cogida en brazos como si se tratara de una caja de zapatos, como si se tratara de algo inanimado”*.

Desde ése reingreso hasta que se me solicita intervenir, se han producido varias hospitalizaciones por la pérdida rápida del poco peso recuperado en el hospital.

Evolución de su peso:

A los 6 meses: 5,650 kg

A los 9 meses: 5,550 kg

A los 10 meses: 5,200 kg

A los 12 meses: 5,220 kg

Ninguna prueba ó exploración clínica de las múltiples a las que ha sido sometida, ha revelado la presencia de una alteración orgánica a la que poder atribuir el origen de éste deterioro progresivo.

Esta descripción, muy abreviada, de la intervención psicoterapéutica, se refiere a un periodo de cuatro meses a lo largo del cual se estableció un trabajo coordinado con todo el departamento de pediatría y de manera especial con aquellos profesionales en contacto directo con la niña y su familia. Trabajo que, en ésta exposición, no va a ser descrito por la necesaria brevedad del momento.

Una sesión psicoterapéutica semanal con la triada madre padre e hija y la indispensable acción, sincronizada y pluridisciplinaria, del personal interviniente, han sido los recursos utilizados.

Su estancia en el hospital fue permanente a lo largo de dos meses, con salidas de fin de semana a lo largo del siguiente, y ambulatoria e intermitente a lo largo del cuarto cuando ya se encontraban en casa.

Con el fin de obtener una recuperación consolidada de la niña, se convino la necesidad de reanimar a la triada en el marco del mismo departamento hospitalario.

Primera entrevista con los padres: 18-6-98

Los padres llegan media hora tarde a su cita.

Su actitud es muy reticente a tener que asistir a una entrevista psicológica.

El padre se muestra muy refractario, con cara disgustada, y dice que no cree que a la niña le pase algo psicológico, que todo el problema que tiene es físico, porque algo físico le pasa.

Es necesario que los tranquilice diciéndoles que en ningún caso se trata de poner en duda su buen hacer ó criticarles, sino de ayudarles a poder comprender cómo manejar mejor lo que le ocurre.

El padre se muestra muy tenso y la madre asienta a todo lo que él dice, sin mirarme, manteniendo la cabeza agachada.

Se trata de un hombre de unos 30 años con una mirada entre sumisa y resentida, con cierta agresividad.

En el comienzo de la entrevista es él quien lleva la iniciativa mientras la mujer, con el movimiento de cabeza, muestra que está conforme.

Poco a poco la madre comienza a hablar, con mucha dificultad por mi parte para entenderla, debido a que la parálisis facial que sufre desde que tuvo el accidente de coche cuando su hija tenía once días, le impide articular con claridad.

En el momento del accidente conducía el marido, que parece dedicarse profesionalmente a la conducción de vehículos y que a su vez perdió a su padre cuatro meses antes.

La madre habla de sus dificultades para manejar a la niña en los momentos de alimentarla. Con desagrado, dice que la niña se mueve mucho (muestra clara de rechazo hacia la tonalidad motora de la niña).

La cara de esta mujer joven, desfigurada tras el accidente y con la parálisis facial de una mitad que estira sobre la otra, tiene además un ojo tapado por una gran compresa, sujeta con esparadrapo, que oculta buena parte de la mitad de su cara. Su mirada, con una expresión tensa-irritada, y con la tendencia a ocultar lo que queda de original de sí misma, muestra una vivencia depresiva y angustiada acompañada de vergüenza que supongo derivada del efecto traumático producido sobre su narcisismo por la desfiguración de su joven rostro.

Al principio de la entrevista me siento impactado y con dificultades para acomodarme a su mirada. A ello contribuyen el efecto visual que me produce su desfiguración, el que ella rehuya mantener una mirada de encuentro con la mía y el que las palabras que emite resulten deformadas y casi incomprensibles porque su boca y sus mejillas, desplazadas, modifican el adecuado recorrido del aire saliente al hablar (aunque, en las siguientes entrevistas me daré cuenta que con el aumento de su receptividad se produce una considerable mejoría en su comunicación hasta entenderla bien).

A medida que la madre va hablando, va dejando entrever una clara dificultad para tolerar los movimientos de la niña: dice que, para darle de comer, tiene que sujetarla en su brazo (izquierdo) porque en la sillita ó en el parque se mueve demasiado y no acabaría nunca.

La vitalidad comportamental de la niña es vivida como un problema importante para esta madre que parece buscar su dominio. Quizás es vivida como rechazo y eso aumenta su herida narcisista.

Pienso que si la niña es alimentada sobre el regazo de ésta madre mientras la sujeta con el brazo izquierdo, está percibiendo el ojo que, cuando no está tapado, se ve desviado. El efecto que puede producir sobre la niña, la mirada puesta sobre esa parte del rostro con rigidez expresiva, debe de ser considerado junto a la dificultad que la madre tiene para mantener su mirada desde el otro lado.

Esta madre no muestra un aspecto desaliñado o abandonado de su físico, y sin embargo en lo emocional parece todo lo contrario.

Al principio y al final de la entrevista se observa en ella un movimiento estereotipado y repetitivo, como si dijera “que no” ó “y a mí qué” moviendo la cabeza con un balanceo mientras se levanta de hombros.

Contra-transferencialmente produce la desagradable impresión de que no le sirven de nada mis preguntas ni mi intención de querer conocerles.

Algunos aspectos observados en los padres a lo largo de ésta entrevista, que discurre con muy poca participación espontánea.

En diferentes momentos me identifican como el médico que debe decidir el alta de la niña para que se la devuelvan “ya”, puesto que “*la niña está bien*”.

En este sentido es de señalar que, a pesar de saber que soy psicólogo, y de saber, supongo, quien es el pediatra habitual de la niña, se confunden atribuyéndome ése papel. También me llama la atención su insistencia en decir que la niña está bien, cuando la opinión médica es otra.

Otro aspecto llamativo es que niegan la bondad de la hospitalización. No parecen aceptar que la niña se esté recuperando gracias al hospital y achacan a que sean los diferentes pesos que se usan en el hospital para pesar a la niña, (consultas externas y planta de pediatría), el origen de la pérdida de peso constatada que motiva la rehospitalización.

Desde ésa lógica la recuperación no existiría ya que la pérdida está negada.

Segunda entrevista: 25-6-98.

(Los padres siguen llegando tarde media hora.)

La madre viene mucho más arreglada.

El padre vuelve a quejarse por tener que asistir a una reunión con un psicólogo. Y la madre también, porque, según ella dice, el tener que venir al hospital con tanta frecuencia le rompe la rutina y la hace sentirse arisca.

De la niña dice:

“Es una niña que se parece al padre”.

Dirigiéndose a su marido:

“Cada vez que ves algo raro, no quieres saber nada...”

De sí-misma:

“Yo sólo quiero la rutina, si no me pongo arisca”

Éstas sesiones la sacan de su “rutina” operatoria y la hacen sentirse arisca. El reproche lanzado al marido, alude a su falta de disposición para apoyarla, pero es también una muestra de su propia tendencia a rechazar la presencia de una situación, creada por las

sesiones, que ella vive ajena a la “rutina” en la que se “refugia” hasta ahora, y que puede hacerle correr el riesgo de reavivar el dolor de heridas narcisistas aún sangrantes.

Su vínculo con la niña aparece caracterizado por el rechazo a identificarse emocionalmente con ella ya que atribuye al padre el origen de las características negativas “heredadas” por la niña.

Así mismo, deposita en el padre toda la carga de la negación de su dificultad para asumir su propio dolor psíquico y el de la niña.

La niña queda sobreinvertida, negativamente, por medio de una identificación proyectiva masiva, de las características que la madre niega en sí misma, haciéndola “portadora” de su tendencia a la retracción de libido de objeto con consecuencias de fuerte desinversión y quizás de desobjetalización.

De éste modo, la madre niega la búsqueda de objeto que la niña realiza hacia ella así como toda la carga libidinal que la acompaña. La imposibilidad de insight consigo misma le imposibilita una identificación empática con la niña. La falta de deseo de relación de objeto que transferencialmente la madre muestra conmigo, debe de estar siéndole atribuida, proyectiva y masivamente a la niña.

Desde la primera, y a lo largo de todas las sesiones en las que se ha presentado una oportunidad, he procurado señalar las evidencias de esa búsqueda del objeto materno y del placer contenido que la niña experimentaba en su relación con ella. Éste esfuerzo, muy necesario desde el principio, se encontró con la perplejidad renuente del padre que dejaba muy evidenciada su oposición a considerar la existencia de una interacción positiva y al menos calmante en las primeras sesiones, que tendía a generarse entre la niña y la madre al rato de haberse iniciado la sesión y mientras se iba instalando una corriente más fluida de intercambio entre los padres y yo.

De los abuelos:

El día del parto el abuelo *materno* tuvo un infarto y la abuela materna no pudo acudir al lado de su hija.

En los días en los que la madre vuelve a ser reintervenida, la abuela tiene que permanecer junto al abuelo que está hospitalizado a consecuencia de un nuevo infarto. Así pues, en ninguna de sus dos hospitalizaciones puede ser atendida por su madre.

El abuelo *paterno* murió de infarto en febrero, y la niña nació en junio, cuatro meses después.

La negación de la pérdida de peso en la niña, se produce junto a una importante pérdida de sensibilidad en una madre que niega sentirse desatendida en dos ocasiones por su propia madre ocupada en cuidar al abuelo hospitalizado con infarto, tanto cuando ella da a luz y al poco tiene el accidente, como cuando reingresa para someterse a la cirugía reparadora.

Además de la falta de disponibilidad de la abuela materna, que la madre puede haber vivido como abandono, se añade la desinversión a la que se vive sometida por parte de un marido fuertemente deprimido desde cuatro meses atrás, por la pérdida repentina de su padre que era su mayor apoyo, y por la quiebra reciente del negocio en el que se inició de su mano.

Negando su vivencia de desamparo y desesperanza, la madre de Cristina apenas puede quejarse de éstas situaciones.

A pesar de la mezcla de tristeza y de gran contrariedad que le produce hablar del momento en el que su madre estuvo ocupada en atender a su padre mientras ella esperaba sentirse atendida por ella en el momento del parto y de su accidente, se muestra muy resignada en un estado en el que se puede percibir una sensibilidad “a carne viva”, irritable, malhumorada, sin sonrisa, en un estado de crispación continua que se deja sentir y que da cuenta del estado traumático en el que se vive.

La madre cuenta que, en el tiempo de su hospitalización, sufría de no poder ir a cuidar a su hija. Tal era su sufrimiento, que se levantaba diciendo que se iba a cuidarla mientras soñaba sin parar que estaba con ella, que se iba.

En una ocasión el marido tuvo que sujetarla para que no se marchara con los goteros puestos.

La falta de una vivencia de amparo suficiente, de una figura materna disponible para atenderla a ella y la niña, es vivida por ésta madre con un efecto traumático equivalente a una castración-separación violenta del objeto materno que pone en peligro su identidad narcisística.

En medio de una crisis de ansiedad agitada, intenta restaurar el vínculo con la niña desamparada que vive en sí-misma.

Se trata de la angustia que, ante la separación real, ella teme que puede sentir su bebé con quien se está desarrollando un vínculo primordial en esa época, es decir, el riesgo de una desobjetalización primaria.

La intensidad de la ansiedad y el paso al acto señalan una quiebra en la función de continencia obtenida por la realización alucinatoria del deseo, propia de los sueños abastecidos por una representación de objeto materno suficientemente estable.

La falta de una capacidad de para-exitación adecuada frente al estado traumático de la separación en los dos registros, madre-hija, la lleva a pasar al acto intentando restablecer fuera lo que se suprime dentro de sí-misma.

Como el marido se lo ha echado en cara en ésta sesión, sobre una cara ya muy desfigurada y herida, “*fue porque tú quisiste*”, ella decidió el momento de la reintervención de cirugía plástica que, encima, resultó ser un fracaso.

Así pues, tuvo que enfrentarse a la decisión de separarse de nuevo de su hija. Al sentimiento de abandono, con el que debió de sentir que situaba a su hija, debió de sumarse el sentimiento de inutilidad y de fracaso de la reparación de su rostro en una intervención ineficaz.

Así pues se trata de un doble desgarró en su narcisismo, el que está ligado a ése rostro de mujer joven y el que está ligado a la imagen de una madre amparadora.

El conflicto se produce entre varias partes que son constituyentes de un narcisismo ligado a la posibilidad de ser amada como mujer con rostro propio y atractivo, como madre y como hija.

La esperanza de recuperar un rostro reconocible e investible libidinalmente, pasa por la necesidad, no sólo de recuperar la autoestima de su identidad femenina, sino también de su independencia y autosuficiencia narcisística frente a un marido, alcoholico, que la ha desinvertido fuertemente por la retracción que en él se produce, con la muerte de su padre, cuatro meses antes de nacer la niña.

A lo largo de ésta entrevista se inicia un juego, entre la madre y la niña, con el biberón del agua. La niña se lo coge mientras la madre se lo da sin soltarlo y sin prestarle casi atención. Poco a poco, esa demanda satisfecha sin placer, ése pedir y dar automático se va animando mientras los padres hablan conmigo.

Hacia el final de la entrevista señalo a la madre que poco a poco se ha iniciado una actividad lúdica entre las dos que parece gustar a la niña.

Se muestra sorprendida de lo que le señalo y me dice que la niña no está nunca quieta. A partir de ése momento la madre pone más atención a los movimientos de demanda de la niña a la que casi no había mirado hasta entonces y a la que, desde luego, no ha sonreído en ningún momento.

Tercera sesión: 9-7-98

La madre comienza ésta sesión diciendo que sueña que está con la niña.

En el curso de ésta sesión, la madre dice que padeció más en la segunda separación. Después de ésta, entorno a los seis meses, cuando vuelve a retomar la crianza, dice tener dificultades para atender a la niña, “*por el vendaje*”, dice ella.

Al volver a casa se produjo de nuevo una separación, está vez parcial, a lo largo de un mes. La suegra se llevaba a la niña por la noche: “*aunque no me hacía gracia tener que aceptarlo*”, comenta la madre.

Algunos comentarios:

La madre: “*La cría estaba a gusto en las dos casas, si nos tenemos que ir a algún sitio se la queda la abuela*”.

El padre: “*que te crees, que mi madre se la va a quedar o qué...*”.

La madre: “*con sólo verla se te cura todo., aunque luego te vuelven a separar*”.

El padre: “*mi opinión es que cuando una persona llega a casa tan enferma, no piensa en hijas*.” (El padre niega y rechaza el deseo de la madre de investir a la niña. Además, es probable que aquí se exprese su rivalidad con sus hermanas).

Al padre le dan cólicos biliares cada dos o tres días desde hace un año: “*antes también pero era mucho menos*”. A la abuela paterna también, igual que él: “*mi madre igual que yo*”.

Observaciones de ésta sesión:

El padre no sólo coarta el acceso de la madre a sus sentimientos dolorosos, ligados a las frecuentes separaciones, sino que además, también le coarta el acceso a una identificación y aceptación de sus sentimientos amorosos hacía la niña.

El padre, regresivamente adherido a su madre, asume el papel defensor de la abuela competitiva con la madre. Niega que la abuela haya acaparado a la niña, y en todo caso, niega los temores de la madre de ser desplazada por la abuela.

Prohíbe, buscando desestimar y desmentir (“ *no pienses en eso*” ó “*El caso es otra cosa*”) los sentimientos de la madre, fomentando así una supresión de los mismos.

No sólo no ubica a su mujer en el lugar de madre de la niña, sino que además, se coloca en el lugar de la hija compitiendo de éste modo con ella por conseguir el lugar del bebé.

Un hecho novedoso, puesto de manifiesto por la madre a lo largo de ésta sesión, es el que está relacionado con sus sueños: dice que sueña que está con la niña. Es la primera vez que sueña que está con la niña después de aquellos sueños que tuvo en el hospital, en los que soñaba que se iba a buscarla y pasaba al acto con los goteros puestos.

En ésta y otras sesiones siguientes, la madre habla de una mejoría del dormir de la niña. (Al comienzo la describió con un dormir muy agitado, con episodios de llanto, moviéndose hasta terminar con su cuerpo puesto al revés en la cama, con los pies en la cabecera).

Séptima sesión: 30-7-98

En ésta sesión queda aclarado el periodo que enmarca el comienzo de la enfermedad con pérdida progresiva de peso y vómitos, “ *que tampoco son tantos como algunos pueden pensar*”, dice la madre en la sesión de hoy.

Un mes antes de la operación quirúrgica a la que la madre decidió someterse para restaurar la estética de su rostro, ésta se vivió muy angustiada por tener que someterse a una nueva intervención y por tener que dejar a su hija de nuevo, pero también porque le dijeron que le tenían que “ *separar la cara para arreglarla*”, de lo que ella piensa: “*y como hoy en día te lo dicen todo así*”, “*yo creo que podían callarse algunas cosas ó decir las de otro modo*”.

Este periodo corresponde a los 4 meses de Cristina, un periodo que la madre describe utilizando gestos referidos a su cabeza, como de mucho embrollo, de mucha angustia, de confusión, y como consecuencia de todo ello, de mucha dificultad para poder pensar y mantener suficientemente investida a la niña.

El marido deslegitima los sentimientos de su mujer diciendo, “*te operaste porque quisiste, nadie te obligó*”.

Yo apoyo a la madre, diciéndole al padre que fue una mujer valiente. El padre se resiste a reconocer el sufrimiento, diciendo, que la única responsable de la operación fue ella. (Y él del accidente).

- La madre dice que los vecinos de arriba la irritan y no dejan dormir a la niña, aunque, al sugerirle pensar sobre ello, dice que no cree que afecten a la niña sino a ella misma.

La queja sobre los ruidos de los vecinos, enlaza con los "ruidos mentales" producidos por la angustia, la confusión y la rabia generados por el accidente y sus consecuencias sobre la vida de ésta joven madre.

- El padre enlaza esta situación, con los vecinos de arriba de casa de sus padres, que los obligaron a cambiarse de casa y que eran responsables de que, siendo pequeño, él estuviera a punto de morir, porque perdía peso como Cristina.

- El padre dice que quizás no eran los vecinos los que influían sobre él, sino la irritación de sus padres.

- La madre aclara que antes, hace unos meses, al inicio del tratamiento, era ella quien estaba más irritada pero ahora ya no, ahora es el marido el irritado.

Se ha modificado su disposición sumisa hacia él, y consecuentemente también una menor vulnerabilidad para asumir, por delegación, su irritación. Ya no se vive tan atrapada en la negación y desestimación de sí misma.

Es decir, cuando la identificación proyectiva, obturante, pierde su eficacia en la clausuración afectiva de la mujer y del lugar que por claudicación pierde, la agresividad persecutoria vuelve a estar dentro de él.

Desde mi lugar, lo desautorizo a desinvertir y atacar a su mujer despojándola de su subjetividad afectiva, y le muestro su actitud de desinterés afectivo con la niña, por rivalización con ella, porque quiere que la mujer se haga cargo sólo de él y porque quiere darle una hija a su propia madre. Pero también me esfuerzo, a lo largo de todo el tratamiento, en ayudarlo a acercarse a una hija y a una esposa revalorizadas que echan en falta y valoran su aporte afectivo.

Reacción parental negativa y dificultad narcisista contra-transferencial.

El rechazo a un enganche relacional forma parte, a menudo, de la experiencia diaria del psicopatólogo. En éstos casos, resulta esencial establecer ante todo, más que un trabajo basado en interpretar la transferencia, una relación destinada a crear vínculos. Las dificultades propias de éste caso son un ejemplo claro de ésta premisa.

El rechazo activo a dejarse investir como objeto libidinal por parte del personal médico, pone en evidencia, en ésta pareja de padres, una tendencia a la supresión del objeto en la que se encuentran atrapados, con tal fuerza, que acaban produciendo una reacción contra-transferencial de rechazo, desesperanza e impotencia, que corresponde en ellos con la inercia supresora de la libido narcisista, necesaria para vivirse investibles por el objeto al que poder investir.

Las respuestas, ofrecidas por el personal del departamento de pediatría y por mí mismo, no sólo pretenden generar un conjunto de medidas, tendentes a resolver el sintoma, ya que el estado traumático que sumerge a ésta madre y a ésta hija hace necesario vincularlas, esencialmente, con personas con un sistema de simbolización adecuado para lograr romper la compulsión de repetición y reinstalar un funcionamiento mental de mejor calidad y de mayor solidez.

La observación procura datos evidentes de una paralización de la adecuada circulación de las representaciones y de las cargas de afecto en el seno de la pareja de padres en relación con la niña, y confronta al observador, que desea modificar la estasis de grupo, ante la dificultad de no ser aceptado, ya que es vivido como un intruso más

que va a aumentar la magnitud de la herida sobre un narcisismo primario, ligado a procesos de idealidad omnipotentes, como es el caso de un yo-ideal instituido en detrimento del ideal del yo “sujeto” al super-yo.

Buscando conservar una representabilidad de sí.

La estrategia, desarrollada en ciertos momentos del tratamiento, para ayudar a los padres a vivir, de manera menos angustiada, su confrontación ante la situación inquietante de la niña, ha consistido en acercarlos, a sus sentimientos de niños anoréxicos que sobrevivieron, y al duelo ligado a las pérdidas experimentadas actualmente con sus padres. Esto ha permitido apaciguar los fantasmas de muerte y su tendencia a la desesperanza y rechazo de la hija, que se encuentra atrapada en aquellos. Este rechazo es simultáneo a la búsqueda de realización de una fantasía omnipotente “de alimentación mientras la niña duerme”.

El estado de desesperanza, ligado a la concepción de madre “inútil”, obtenida por contraste con una madre fálica omnipotente, la lleva con facilidad a abandonarla en el dormir y a una anarquía relacional, fácilmente dominada por la coacción de situaciones ajenas (excitaciones externas e internas), que contravienen la posibilidad de mantener identificada e investida de manera constante a la niña con las partes más vitales y supervivientes a la amenaza de muerte vivida por la madre.

La dificultad para mantener internalizada de forma estable una imagen de niña unida “por la mirada” al rostro de una madre, en una corriente de intercambio sostenido por un narcisismo libidinizado, impide la constitución de un sistema de para-excitación, eficaz, con cualidad para diferenciar y filtrar los estímulos productores de desorganización y de desafectivización del vínculo en la diada.

Si la madre no puede mantener dentro de sí-misma una imagen tiernamente investida en la que poder mirarse, tampoco puede imaginarse a su hija mirándola.

Si la satisfacción erótica primaria se produce mediante los intercambios corporales y visuales que se generan en torno de la alimentación, en la que los ojos están fijados a unos ojos y a un rostro constituyendo el espejo primordial del bebé en interacción especular, en el caso de este bebé y esta madre se ha producido una rotura del espejo y de la corriente erótica sublimada y transformada en ternura de la que necesitan abastecerse ambas.

Esta rotura, tiene lugar cuando a la madre le anuncian que tienen que separarle la cara para arreglarla, y al poco tiempo queda separada de la niña.

No es sólo su propio rostro el que angustiosamente vive que le van a separar, también el del bebé unido a él.

La vivencia traumática de esas palabras, vividas en el registro de lo concreto, tuvo un efecto de rotura del espejo-membrana que tiene la cualidad de concentrar y reflejar los dos rostros en el orden de la representación simbólica de una imagen ideal catalizadora de la ternura.

La separación física, que sobrevino unas semanas después, incrementó la vivencia de pérdida catastrófica del vínculo sostenible internamente por esa representación, imagen ideal, de una madre y un bebé que se miran y se reconocen tiernamente.

Es el momento en el que la madre pierde la capacidad de “soñar-se” con la “niña”.

La agitación en el dormir y la pérdida progresiva de peso y de vitalidad en la niña hacen su aparición en ése momento.

La imagen sensorio-motriz, el cuerpo y sus funciones fisiológicas, queda sobre-investida en el bebé y en la madre en la misma medida que ésta última pierde una representación apta para ser soñada.

A falta de una imagen afectiva del bebé, buena es una imagen física, aunque lo físico está, a su vez, negado como “lugar de pérdida de peso”.

Así pues, lo físico está sometido al conflicto de dos tendencias antagónicas: la de rescatarlo y la de hacerlo desaparecer.

La sobre-investidura que la madre realiza sobre el cuerpo de ésta niña está desprovista de la correspondiente representación, libidinizada, de objeto. Se trata de una representación cuerpo-cosa con la que tiende, mediante el dominio, a reducir su movimiento. La inercia desobjetalizadora, que produce interiormente una pérdida no sentida, busca hacer desaparecer “el cuerpo denunciante del delito”.

La desinvestidura de la sensorio-motricidad, necesaria para desarrollar una regresión apta para el soñar, no se efectúa, ya que las investiduras no pueden ser replegadas entorno de un rostro de sí-misma cargado de ternura, facilitador de separación y de reencuentro, que permita sumergirse en el deseo de dormir.

¿Cómo olvidarse del propio cuerpo para iniciar el viaje de regresión hacia las fuentes pulsionales en su modalidad más primitiva si éste se ha convertido en el máximo referente del yo y no se tiene asegurado el rostro conductor de la vuelta?.

Frente a la pérdida de representación de ese rostro libidinalmente investible, se produce una sobreinvestidura de la percepción fáctica del cuerpo de la niña sobre el cual, la madre, ejerce un afán de dominio que tiende a reducir su movilidad “para que se esté quieta”.

El movimiento de éste bebé señala e incide sobre la falta de una representación tierna de él en la madre. El movimiento, molesto para la madre, de éste bebé que en la vigilia muestra una gran hipotonía motriz y falta de vitalidad, denuncia su presencia mientras duerme, a pesar de habersele dado por perdido. Una pérdida que, como el peso, las básculas señalan y los padres se empeñan en negar.

El sueño es un estado nacido del repliegue de todas las investiduras libidinales del sujeto respecto de la vigilia. Estado que traduce una necesidad de movilización de la libido disponible, con fines narcisistas, no sólo de autoconservación, sino también de restauración y maduración, que en el caso de Cristina, se mantiene, esencialmente, con fines de autoconservación de un yo apuntalado en las investiduras de la sensorio-motricidad.

La fuerte agitación en el dormir señala el mantenimiento de unas investiduras que no pueden ser abandonadas para acceder a una regresión suficiente que permita alucinar el cuerpo en movimiento.

El cuerpo hipotónico y silencioso en la vigilia recobra movimiento y se convierte en ruidoso en el dormir. Mientras en la vigilia el yo procura suprimir el afecto de angustia, en el dormir intenta recuperarlo buscando descargar, en forma de movimiento y de llanto, la sobrecarga de excitación. A falta de una imagen que sirva al fin de dar sentido a los afectos de desamparo y desesperanza, la sensorio-motricidad sirve de medio para intentar ligar la sobreexcitación.

A falta de una representación del desamparo experimentado ante la pérdida de la imagen ideal catalizadora de la ternura maternal que asegure la supervivencia narcisista de sí y mantenga direccionada la libido sobre el objeto y su representación, es la vivencia experimentada, de “supresión física”, la que toma ése lugar buscando conservar una representabilidad de sí en el dormir.

Cuando la madre anuncia espontáneamente, al cabo de varias semanas de tratamiento, que ha vuelto a soñar con la niña, señala, en la misma sesión, que se está produciendo una mejoría sensible en el dormir de la niña. Es la propia madre la que señala, asociativamente, la conexión que existe entre lo uno y lo otro.

En la misma medida que la madre reinvierte libidinalmente la representación de la niña, ésta duerme menos agitada y deja de llorar. La reinvestidura de la representación de la niña, permite que en ésta se genere una representación de sí y del objeto primario sobre el que poder replegar las investiduras de libido narcisista y soñarse.

Del narcisismo a la palabra, de la palabra a la imagen y desde ésta al sueño.

Simultáneamente al esfuerzo para reinstalar a la madre en su lugar, único, diferente y esencial para la niña, y de éste modo permitir una restauración del narcisismo maternal dañado, ésta fue recobrando la palabra.

De una pronunciación ininteligible, pasó a otra, más clara, hasta alcanzar una calidad de fonación que hizo posible entender muy bien lo que decía.

De éste modo observé que se había quedado sin palabras inteligibles, no por el hecho muscular, de su cara deformada, sino por la pérdida de una imagen de sí-misma nutrida narcisísticamente.

Reinstalada en la función gerencial, recobró, poco a poco, sus palabras y fue asumiéndose dueña de las mismas.

Al utilizar las palabras y vivirse renarcisizada, pudo iniciar un proceso de figurabilidad consistente en pasar de la palabra a la imagen de cosa que tenía de sí misma, a través de una regresión formal que le permitiría volver a restaurar una representación interna, primero de desamparo y después de niña amparada en una ternura maternal con la que poder soñar.

Sin ésta capacidad de representación, las percepciones resultaban intrusivas y traumáticas: “*yo sólo quiero la rutina, si no, me pongo arisca*”.

Perdida de objeto sí, ¿pero cuál?

El periodo más traumático para la madre abarca desde la noticia de tener que separarle la cara, entorno de los cuatro meses y medio de la niña, hasta el momento en el que recupera definitivamente a la niña dos meses más tarde cuando ésta ya tiene seis meses y medio.

Se trata de un periodo de constitución del estadio del espejo, segundo punto organizador de Spitz, tiempo de representación de la imagen de la madre distinguida de la del extraño y de sí-mismo, y de consolidación del primer organizador en el que se establecen los rudimentos del yo mientras se desvía de la sensación interior hacia la percepción exterior. Tiempo en el que preconsciente e inconsciente se establecen, se diferencian uno de otro, y se empieza a aplicar el principio de realidad.

Las graves dificultades que la niña encuentra en esta época pueden impedir la consolidación de éste segundo organizador de Spitz y mantenerla en un sistema difuso no diferenciado ó insuficientemente diferenciado.

La gravedad esencial del trastorno se caracteriza por una pérdida progresiva de peso cuyas posibles causas, físicas, se centran en torno de una alimentación insuficiente en términos cuantitativos, y ó de una falta de asimilación y aprovechamiento del alimento.

El profundo malestar registrado en la relación madre-hija ha comprometido de forma seria al organismo de la niña.

Ésta, se ve sometida a la pérdida del objeto, en un periodo de constitución del yo a través de un proceso de identificación especular, que permitiría establecer de manera estable dentro de sí-misma una representación del objeto materno. Con esta pérdida se ve forzada a una triangulación precoz que no puede ser integrada.

Sin embargo, el elemento altamente perturbador de la relación y de la homeostasis en el organismo de la niña, se produce cuando unas semanas antes de la separación física, a la madre se le anuncia que se le va a separar la cara. En éste momento comienza a agrietarse en la madre el suministro narcisista ofrecido por la identificación que se estableció en ella en la simbiosis primaria con su propia madre. Simultáneamente, se agrieta en su relación con la niña, que vive un proceso similar que la deja sin la seguridad de una madre con rostro interior al que poder seguir unida narcisísticamente y en el que poder mirarse.

Así pues, la pérdida “del objeto” se produce cuando la madre pierde la representación de su propio rostro unido e identificado narcisísticamente al rostro de su propia madre. Es decir, es la pérdida de dicha representación en la madre, la que va a tener el valor de pérdida de objeto para la niña.

Resumen:

Este trabajo, recoge fragmentos clínicos, significativos del mundo mental de los padres de un bebé con desnutrición y pérdida progresiva de peso con detención de su desarrollo estatura-ponderal. Esta patología fue imparable hasta el momento de la intervención psicosomatológica en una unidad de pediatría. De manera especial, describe el punto de rotura narcisista que sufrió la madre y las consecuencias catastróficas para el bebé.

Palabras clave: Representación, Desobjetalización, Narcisismo primario.

BIBLIOGRAFÍA

- Fain, Michel (1992): La vie opératoire et les potentialités de névrose traumatique. Revue française de psychosomatique, n°2 Paris PUF
- Fain, Michel (1998): Brève introduction à une discussion sur le système sommeil-rêve. Revue française de psychosomatique, n°14 Paris PUF
- Freud, Sigmund (1914): Introducción del narcisismo. Buenos Aires, Amorrortu.
- Green, André (1993): Le travail du négatif. Paris, Les éditions de minuit.
- Kreisler Léon (1992): Le nouvel enfant du désordre psychosomatique. Paris, DUNOD.
- Kreisler, Léon (1982): Le bébé du désordre, Dans la dynamique du nourrisson. Paris, ESF.
- Kreisler, L.; Fain M. y Soulé, M. (1990): El niño y su cuerpo. Buenos Aires, Amorrortu.
- Kreisler, Léon (1996): Pathologies Fonctionnelles neonatales alarmantes, in Revue Française de Psychosomatique, n°9 Paris PUF
- Maldivsky, David. (1992): Teoria y clinica de los procesos tóxicos. Buenos Aires, Amorrortu.
- Spitz, René. (1958): El primer año de vida del niño. Madrid, Aguilar.
- Szwec, Gérard (1993): La psychosomatique de l'enfant asthmatique. Paris, PUF.
- Usobiaga, Isabel.(1998): Narciso, la enfermedad de la idealidad. Revista Psicoanalítica de Madrid.
- Winnicott D.W. (1975), Le rôle du miroir et de la famille dans le développement de l'enfant, in Jeu et réalité. Paris Gallimard